

市町村名	市町村コード	整理番号	市町村受理年月日	年	月	日
------	--------	------	----------	---	---	---

自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書

神奈川県知事 殿

私は、次のとおり自立支援医療費の支給認定にかかる申請をします。

(受診者本人又は受診者が18歳未満の場合は保護者の氏名)



申請者氏名

↓あてはまるものに○

↓あてはまるものに○

精神障害者手帳：有・無

有効期間短縮：有

診断書添付：有・無・その他()

申請事由	1	新規申請	3	再申請（再認定）
	2	再申請（継続）	4	県外転入申請

申請年月日	年	月	日	自立支援医療費受給者番号
-------	---	---	---	--------------

受診者	個人番号										
	フリガナ										
	氏名	(氏)					(名)				
	住所	(〒 -) 電話番号 () -									

既存の受給者証の有効期限	年	月	日
生年月日	年	月	日

受診者が18歳未満の場合	個人番号										
	フリガナ										
	保護者の氏名	(氏)					(名)				

受診者との続柄 父 母 祖 父 祖 母 兄 姉 その他()

保護者の住所 (〒 -) 電話番号 () -

※受診者と住所が異なる場合に記入。

負担額に関する事項	保険の種類	1被用者(本人) 2被用者(家族) 3国民健康保険 4生活保護(福祉事務所) 5その他							
	加入医療保険の記号と番号	記号							
	受診者と同一保険の加入者(氏名・続柄・個人番号)	氏名続柄	個人番号						
	所得区分	生保	非課税1	非課税2	中間1	中間2	一定以上	重度かつ継続	該当

指定医療に関する事項	診療の種類	名称	所在地・電話番号
	一般医療（病院・診療所）		
	上記以外に医療機関を申請する場合は、該当する区分に○をしてください。その他は、()内に記入してください。		
	デイケア	訪問看護	その他 ()
	薬局		

※この欄は、市町村で記入してください。

個人番号	市町村民税課税証明書	市町村民税非課税証明書
標準負担額減額認定証	生活保護受給世帯の証明書	その他()

所得区分	重継該当	承認欄
------	------	-----

診断書写しによる手帳と同時申請 (該当する場合は、口に「し」を記入してください。)